غضنفری، فیروزه؛ سپهوند، رامین (۱۳۹۳). اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اختلال وسواس –اجبار. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره* ، ۴ (۲)، ۱۲۱- ۱۱۰.

اثر بخشی تکنیک کاهش استرسِ مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اختلال وسواس –اجبار

فیروزه غضنفری[۱]، رامین سپهوند[۲]

دریافت:۱۳۹۱/۱۱/۱۴ پذیرش:۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علایم اختلال وسواس – اجبار است. بدین منظور سه آزمودنی (دو مرد و یک زن) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و تحت درمان قرار گرفتند. در مطالعه حاضر ازطرح تجربی تک موردی و از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. آزمودنیها در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و جلسه چهارم (حین درمان) و جلسه هشتم (انتهای درمان) ، مقیاس وسواس –اجبار مادزلی و مقیاس وسواس - اجبار ییل – براون را تکمیل کردند. علاوه بر این سه ماه پس از اتمام درمان (مرحله پیگیری)، مقیاس وسواس -اجبار ییل –براون تکمیل شد. نتایج این پژوهش نشان داد تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی درکاهش علایم وسواس –اجبار بیماران مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: *تکنیک کاهش استرس، ذهن آگاهی، اختلال وسواس –اجبار.*

۱. استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی ، دانشگاه لرستان ، خرم آباد، ایران firoozeh.ghazanfari@yahoo.com

۲ . کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان ، همدان، ایران raminsepahvand@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس —اجبار[1]، یکی از بیماری‌ها و اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار و عوامل مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت‌بخش نبودن آنها برای فرد مبتلا می‌باشد ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌اش کاسته شود (Kaplan and Sadock, 2005).

بدلیل گستردگی و وسعت شیوع این اختلال، تا کنون روش های درمانی متعددی جهت درمان و کنترل وسواس معرفی و به کار گرفته شده است. این روش ها با در نظر گرفتن عوامل احتمالی زمینه ساز وسواس طراحی و به کار گرفته شده اند ولی هر کدام دارای ضعف ها و نقایصی بوده اند که بر ضرورت ایجاد روش های درمانی جدیدتر تاکید دارد.

پرکاربردترین و پذیرفته شده‌ترین درمان اختلال وسواس- اجبار درمان رفتاری به شیوه مواجهه و جلوگیری از تشریفات[2] (ERP) و همچنین درمان دارویی با دسته خاصی از داروهای ضد افسردگی که ارتباط نزدیکی با بازدارنده جذب سروتونین (SRIs) دارند، می‌باشد.

ازآنجا که ERP حتی پس از پایان درمان، از بیشتر اشخاص در برابر اختلال محافظت می‌کند، رویکرد خط مقدم به شمار می‌آید؛ علاوه بر این به نظر می‌رسد که افزودن SRIs به ERP مؤثرتر از فقط ERP نیست (Johnson, 2010).

با وجود این، حدود ۳۷٪ تا ۵۰٪ بیماران از ERP سودی نخواهند برد (Gidron, Hanstede, 2008 & Nyklicek). علاوه بر این ۱۷٪ تا ۴۴٪ از بیماران درمانگاهی و حدود ۶۰٪ از بیماران در نمونه‌های جمعیت عمومی، رفتار وسواسی آشکار را گزارش نمی‌دهند (Tavakoli & Ghasemzadeh, 2006)، که این نوع وسواس-های فکری صرف چالشی بزرگ برای درمان به شیوه ERP است.

با توجه به این محدودیت‌ها، روش‌های جایگزین درمان ERP یا افزایش اثربخشی آن شایسته تحقیق و پژوهش است. به عنوان مثال روش‌هایی که به جای تلاش برای تغییر تجارب داخلی تأکید بر توجه و پذیرش می-نمایند، از جمله توجّه به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ممکن است در تقویت اثر ERP مفید باشد (Patel, Carmody, Simpson & 2007). از جمله این روش‌ها آموزش ذهن آگاهی است،که اولین بار توسط کابات زین

---
1 . Obsessive-Compulsive Disorder
2 . Exposure- response prevention (ERP)

در سال ۱۹۹۰ تحت عنوان مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی[1] مطرح گردید. این برنامه قبلاً کاهش استرس و برنامه آرامسازی[2] نامیده می‌شد. این برنامه نوعی درمان گروهی است که برای بیماران مبتلا به شرایط مزمن پزشکی طرح ریزی شده است که در آن اساس مداخلات را آموزش فشرده مراقبه ذهن آگاهی تشکیل می‌دهد. شرکت کنندگان هر هفته ۲ تا ۲/۵ ساعت به آموزش دیدن و تمرین مراقبه ذهن آگاهی، مهارت‌های مقابله‌ای و بحث و گفتگو در مورد تکالیف می‌پردازند. مهارت‌های مراقبه ذهن آگاهی عبارتند از: مرور بدن، مراقبه نشسته و توجه به حالات تنفس و ژست های بدنی هاتایوگا[3] که در همه این موارد از همه افراد خواسته می‌شود تا به تجارت درونی خود بدون آنکه در محتوای آنها غرق یا جذب شوند، توجه نمایند. شرکت کنندگان در برنامه کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی، هر روز زمان مشخصی را به تمرین مراقبه ذهن آگاهی اختصاص داده و در انتها به اجرای گسترش آگاهی لحظه به لحظه در حین زندگی روزمره می‌پردازند (Cardaciotto, 2005). آموزش این دیدگاه به افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار که آموخته‌اند دائماً از تجربه کردن ناراحتی و اضطراب‌شان به طور مکرر اجتناب (اجتناب تجربی) نمایند، آن را دستکاری یا با آن مبارزه کنند، کمک می‌کند تا آنها ضمن پذیرش و تجربه کردن اضطراب، هیجانات و افکار مرتبط با این احساس ناخوشایند را پذیرفته و موجب گسترش توانایی خود در تجربه و یادگیری پاسخ مناسب به جای عکس العمل نامناسب باشند. نتایج تحقیقات & Singh, (Wahler, Winton, Adkins 2004)، نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار که به صورت مطالعه موردی انجام گرفته، توانسته است سبک زندگی و کیفیت آن و نحوه سازگاری او با اختلال را بهبود بخشد. با کاربرد روش ذهن آگاهی فرد مبتلا توانست با پذیرش اختلال خود بر وضع ناشی از این بیماری غلبه کند و میزان مصرف دارو را در طول شش ماه درمان کاهش دهد. نتایج سه سال پس از پیگیری مداخلات حاکی از سازگاری بیمار با شرایطی بود که یک سبک زندگی توأم با سلامتی را برای او در برداشت، هرچند برخی از افکار وسواسی او باقی ماند اما دیگر این افکار بر رفتارهایش کنترل نداشتند.

(Schwartz, 2005)، در یک مطالعه موردی توانستند با استفاده از روش چهار مرحله‌ای ذهن آگاهی به میزان ۹۰ درصد اختلال وسواس-اجبار یک بیمار زن ۲۰ ساله را درمان کنند. نتایج تحقیقات (& Patel, 2007 Simpson, Carmody)، نشان داد که درمان کاهشِ استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تطبیق داده شده، علائم وسواس-اجبار را در یک بیمار مبتلا تا حد قابل ملاحظه ای کاهش داد. همچنین نتایج تحقیقات (Fair fax, 2008)، نشان‌داد که اگر ذهن آگاهی به شیوه صحیح اجرا شود، نه تنها مکملِ مداخلات شناختی رفتاری است بلکه اثربخشی آن را

1. Mindfulness-based Stress Reduction(MBSR)
2. Relaxation Program(RP)
3. Hatha Yoga postures

افزایش داده و از عود بیماری پیشگیری می‌نماید.

گراسمان، در یک مطالعه فراتحلیلی، ۶۴ مطالعه انجام شده در مورد اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی برکاهشِ استرس را بررسی و نتایج نشان داد که این شیوه برای مقابله با بسیاری ازمشکلات بالینی و غیر بالینی مؤثر می‌باشد (Ghasemipour & Ghorbani, 2010). (Vøllestad, Sivertsen & HøstmarkNielse, 2011)، نشان دادند که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یک درمان مؤثر برای اختلالات اضطرابی و نشانه‌های همراه می‌باشد. (Maroufi, Moulavi, Nashatdoust & Sajjadian , 2008)، در تحقیقی تأثیر آموزش ذهن-آگاهی به شیوه خود درمانی چهار مرحله ای شوارتز را بر میزان علائم وسواس-اجبار زنان شهر اصفهان بررسی و نتایج مؤید اثربخشی این روش بود. (Firouzabadi & Share, 2009) نیز در یک مطالعه موردی اثربخشی تکنیک-های فراشناختی ذهن آگاهی در درمان اختلال وسواس-اجبار را نشان دادند.

بنابر نظر روانشناسان اختلال وسواس یکی از مشکلات جدی سلامت روانشناختی بوده و سالیانه هزینه های اقتصادی- اجتماعی فراوانی را بر جامعه تحمیل می‌کند (Barlow, 2002) و مشکلات همراه با OCD و علائم ناتوان کننده آن کارکرد میان فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند (Clark, 2004) و همچنین بر اساس پژوهش هایی که طی ۱۵-۱۰ سال گذشته انجام گرفته این بیماری یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است و بیش از ۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به آن مبتلا هستند و با توجه به شیوه های درمانی متعددی که در درمان این اختلال به کار رفته است و هر کدام دارای ضعف ها و نواقصی هستند، لذا پژوهش در مورد راه حل های جدید درمانی که در بسیاری از تحقیقات غربی نتایج اثربخشی داشته اند، در جامعه ما ضروری بنظر می رسد. این پژوهش در نظر دارد اثربخشی تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) را بر علائم اختلال وسواس-اجبار در مراجعین به کلنیک روان درمانی بررسی نماید .

روش و ابزار پژوهش

طرح پژوهش حاضر، ازلحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی است، نوع آن نیمه آزمایشی و طرح آن تک موردی[1] از نوع «طرح خط پایه چندگانه[2]» با پیگیری سه ماهه می‌باشد و از نظر گردآوری داده‌ها، مطالعه کمی است. از بین طرحهای تجربی تک موردی در این پژوهش از طرح تجربی «خط پایه چندگانه» استفاده شد تا بهتر بتوان تغییرات مراجعین را در آماجهای درمانی مختلف ارزیابی کرد (Hamidpour, 2007). جامعه آماری شامل

1. Single case
2. Multiple baseline design

مراجعه کنندگان مبتلا به اختلال وسواس به کلینیک روان درمانی در زمان اجرای پژوهش می‌باشد که با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس و هدفمند[1] تعداد ۳ نفر از آنها با استفاده از مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس متن تجدید نظر شده‌ی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از سوی روانپزشک یا روانشناس بالینی، مبتلا به اختلال وسواسی– اجبار تشخیص داده شده باشند، انتخاب و در طرح درمان به صورت انفرادی قرار گرفتند. در این پژوهش علاوه بر فرم جمعیت شناختی که وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ اقدامات درمانی قبلی، وضعیت تأهل، مدت زمان بیماری، میزان تحصیلات، جنسیت و سن مورد ارزیابی قرار می‌دهد؛ از دو آزمون استفاده شد: مقیاس وسواس فکری–عملی ییل براون که ۱۰ ماده دارد و برای اندازه گیری شدت اختلال وسواسی– اجباری استفاده می شود. از این ۱۰ ماده، پنج ماده بر وسواس ها و پنج ماده بر اجبارها متمرکز است. (Dadfar, 2008) پایایی بین مصاحبه کنندگان را برای این مقیاس ۹۸/.، ضریب همسانی درونی آن را ۸۹/. و ضریب پایایی آن را به روش باز آزمایی را در فاصله دو هفته ۸۴/. گزارش کردند. آزمون دیگر، پرسشنامه وسواس–اجبار مادزلی است که توسط (Rachman & Hodgson, 1977) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سؤال می‌باشد. در ایران (Mahin, 2001) و (Aliloo, 2006)، ضریب پایایی و روایی بازآزمایی این آزمون را در مورد یک گروه ۲۵ نفری از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران ۰/۸۲ برآورد نموده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین

مشخصات	اقدامات درمانی قبلی	وضعیت تأهل	مدت زمان بیماری	میزان تحصیلات	جنسیت	سن
الف	نداشته	مجرد	۵ سال	لیسانس	زن	۲۳
ب	دارودرمانی	مجرد	۳ سال	دانشجو	مرد	۲۲
پ	دارودرمانی+ روان‌درمانی	متأهل	۸ سال	فوق دیپلم	مرد	۳۸

روش درمان

برای اجرای روش درمان از کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فراگیر که (Segal, 2002 & Teasdale, Williams) نوشته اند، استفاده شد. در این کتاب، روند هشت جلسه ای MBCT بطور مفصل و جلسه به جلسه شرح داده شده است. در اینجا بطور مختصر به موضوعات هر جلسه اشاره می شود.

جلسه ۱- اجرای پیش آزمون، معرفی و برقراری ارتباط و مفهوم سازی، معرفی اختلال وسواس – اجبار، تمرین خوردن با ذهن آگاهی، تمرین مرور بدن[2] با آهنگ، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۲- مرور تکالیف، تمرین مرور بدن، آموزش مدل شناختی وسواس – اجبار، آگاهی از وقایع

1. Purposeful sampling
2. Body scan

خوشایند با ذهن آگاهی، آموزش آگاهی از تنفس۱۵ دقیقه‌ای و توجّه به حرکات شکمی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۳- مرور تکالیف، آموزش مراقبه شنیدن، آموزش مراقبه تنفس، آموزش فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، آموزش یوگا، تمرین راه رفتن با ذهن آگاهی، آموزش ثبت وقایع ناخوشایند با ذهن آگاهی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۴- مرور تکالیف، انجام مراقبه شنیدن، تکمیل پرسشنامه، انجام مراقبه ذهن آگاهی کامل (آگاهی از تنفس- بدن- صدا- افکار)، آموزش ملاک‌های تشخیص وسواس — اجبار، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۵- مرور تکالیف، انجام مراقبه ذهن آگاهی کامل، آموزش رویکرد پذیرش، آموزش وسواس از منظرذهن آگاهی، به ذهن آوردن عمدی وسواس‌ها و سعی در پذیرش علایم، آموزش فضای تنفس سه دقیقه‌ای در مقابله با علایم وسواس، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۶- مرور تکالیف، مراقبه ذهن آگاهی کامل، مراقبه اتاق سفید، آموزش آواز خواندن با افکار وسواسی، آموزش نوشتن افکار وسواسی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۷- مرور تکالیف، مراقبه ذهن آگاهی کامل، تشویق به داشتن برنامه روزانه، آموزش ارزش‌های زندگی، مشخص کردن تکالیف منزل برای هفته آینده.

جلسه ۸- مرور تکالیف، تمرین مرور بدن بدون موزیک، بازنگری کل برنامه، دادن یک تیله، تذکر نکاتی برای انجام روزانه به منظور حفظ منافع درمان، تکمیل پرسشنامه.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که ابتدا آزمودنی‌ها قبل از مداخله روان درمانی (خط پایه) آزمون‌های تشخیصی را دریافت می‌کردند، سپس به صورت انفرادی تحت ۸ جلسه آموزش تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، قرار گرفته و در جلسات ۴ (درجریان درمان) و ۸ (در انتهای درمان) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری) آزمون‌های خط پایه مجدداً توسط آزمودنی‌ها تکمیل می‌شد. تحلیل نتایج بر اساس نمودار ترسیمی متغییر وابسته و معنا داری بالینی بررسی شد.

در تحلیل نموداری از رسم نمودار استفاده گردید. به این صورت که نمرات به دست آمده از مراحل مختلف (خط پایه، جریان درمان، اتمام درمان و پیگیری) در نمودار وارد شده و فراز و فرود نمودار متغییر وابسته، مبنای قضاوت درباره میزان تغییر قرارگرفت .

همچنین معنا داری بالینی بکار گرفته شد. از آنجایی که یک مطالعه با طرح پیش آزمون – پس آزمون در خصوص مداخلات روان شناختی می‌تواند یک «میزان اثر» بزرگ داشته باشد، ولی ممکن است که مراجعان پس از پایان درمان واقعاً احساس بهتری نداشته باشند. لذا جستجو برای یافتن راهی که بتوان فهمید که کدام یافته‌ها به لحاظ بالینی مهم بوده و کدام یافته‌ها جزئی و یا بی‌اهمیت‌اند، منجر به ایجاد شاخصهای معنی داری بالینی شده است (Sahebi, 2003). در این پژوهش برای عینی سازی میزان بهبودی در آماج‌های درمانی، از فرمول درصد بهبودی (نمره پیش آزمون فرد از نمره پس آزمون فرد کسرشده و حاصل آن بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌شود و حاصل در ۱۰۰ ضرب می گردد) استفاده شد.

یافته های پژوهش

شدّت کلی علایم

نتایج آزمون وسواس –اجبار ییل-براون تکمیل شده توسط آزمودنی‌ها در مرحله‌های خط پایه، حین درمان (جلسه ۴)، انتهای درمان (جلسه ۸) ، مرحله پیگیری (سه ماه پس از اتمام درمان) نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱- شدت کلی علایم وسواس- اجبار از خط پایه تا سه ماه پس از درمان

در ارتباط با شدت کلی علایم، یافته های پژوهش نشان می‌دهند که:

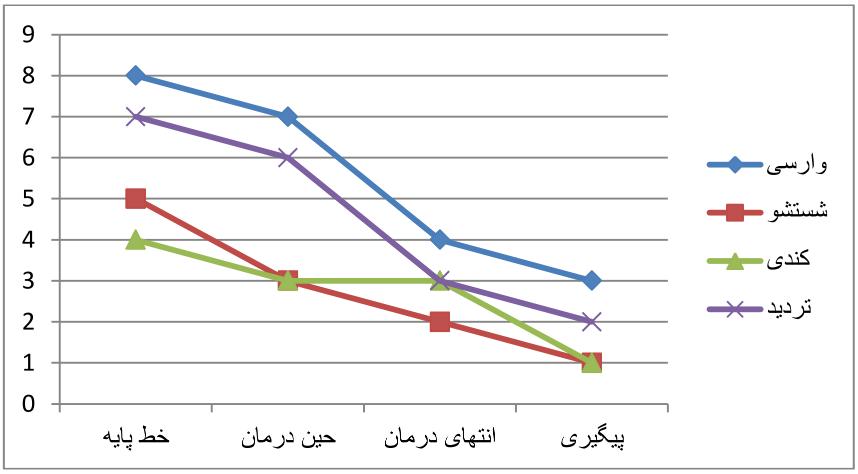
آزمودنی الف در مرحله خط پایه در مقیاس ییل- براون میزان شدیدی از وسواس فکری- عملی را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان با کاهش ۱۷ نمره به بهبودی ۶۳٪ دست یافته که نشان دهنده بهبودی قابل ملاحظه در انتهای درمان بوده و در مرحله پیگیری نیز شدت این علایم مجدداً به میزان ۴ نمره کاهش یافته است.

آزمودنی ب در مرحله خط پایه در مقیاس ییل- براون میزان شدیدی از وسواس فکری-عملی را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان با کاهش ۱۴ نمره به بهبودی ۵۴٪ دست یافته که نشان دهنده بهبودی قابل ملاحظه در انتهای درمان بوده و در مرحله پیگیری نیز شدت این علایم مجدداً به میزان ۲ نمره کاهش یافته است.

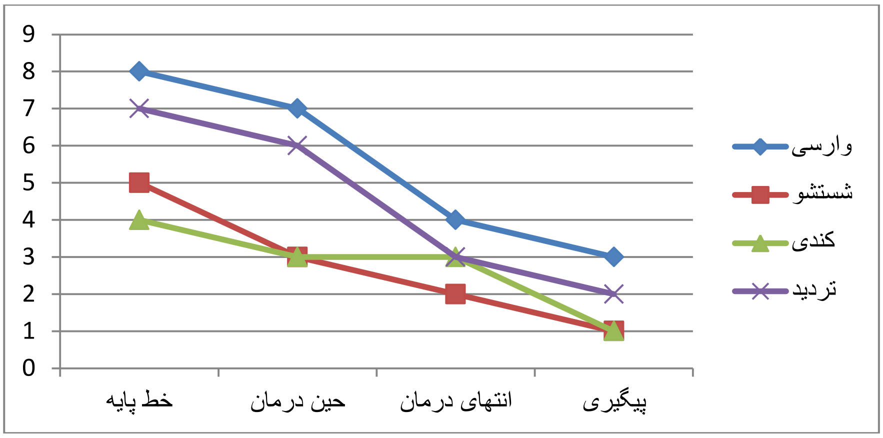
آزمودنی پ در مرحله خط پایه در مقیاس ییل-برون میزان شدیدی از وسواس فکری- عملی را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان با کاهش ۱۹ نمره به بهبودی ۵۳٪ دست یافته که نشان دهنده بهبودی قابل ملاحظه در انتهای درمان بوده و در مرحله پیگیری نیز شدت این علایم مجدداً به میزان ۵ نمره کاهش یافته است.

شدت علایم اختلال وسواس (وارسی، شستشو، کندی و تردید) در آزمودنی ها

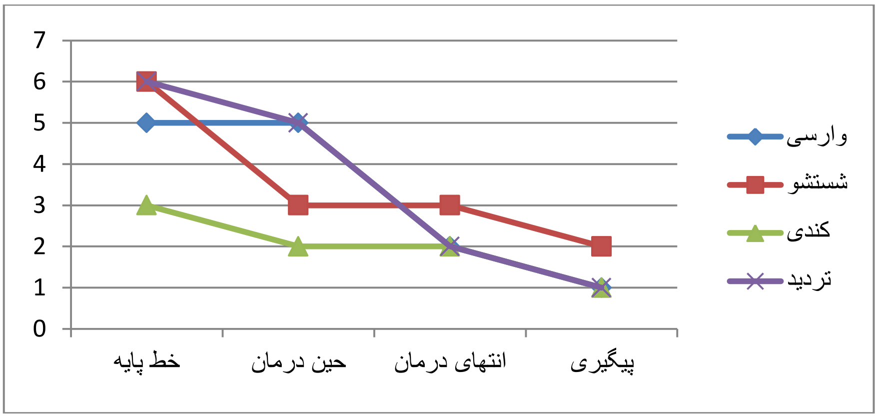
نمودارهای (۲ ، ۳ و ۴) شدت علایم اختلال وسواس در آزمودنی ها (وارسی، شستشو، کندی و تردید) بر اساس مقیاس مادزلی در مرحله‌های خط پایه، حین درمان (جلسه ۴) ، انتهای درمان (جلسه ۸) ، مرحله پیگیری (سه ماه پس از اتمام درمان) نشان می دهد.



نمودار ۲- شدت علایم آزمودنی الف در آماج مختلف درمان (مقیاس مادزلی)



نمودار۳- شدت علایم آزمودنی ب در آماج مختلف درمان (مقیاس مادزلی)



نمودار۴- شدت علایم آزمودنی پ در آماج مختلف درمان (مقیاس مادزلی)

در ارتباط با شدت علایمِ وارسی، شستشو،کندی و تردید، یافته های پژوهش نشان می‌دهند که:

آزمودنی الف در مرحله خط پایه در مقیاس مادزلی میزان شدیدی از وسواس‌های مختلف بویژه وسواس شستشو را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان و در مرحله پیگیری میزان قابل ملاحظه‌ای از شدت این علایم بخصوص در زیر مقیاس شستشو کاسته شده است.

آزمودنی ب در مرحله خط پایه در مقیاس مادزلی میزان شدیدی از وسواس‌های مختلف بویژه وسواس وارسی و تردید را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان و در مرحله پیگیری میزان قابل ملاحظه‌ای از شدت این علایم کاسته شده است.

آزمودنی پ در مرحله خط پایه در مقیاس مادزلی میزان شدیدی از وسواس‌های مختلف بویژه وسواس وارسی را تجربه می‌کرده است که به تدریج در حین درمان از شدت این علایم کاسته شده به گونه‌ای که در انتهای درمان و در مرحله پیگیری میزان قابل ملاحظه‌ای از شدت این علایم کاسته شده است. بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که شدت علایم وسواس به میزان قابل ملاحظه‌ای در اثر این درمان کاهش یافته است.

بحث

همانطور که از نتایج استنباط گردید، تکنیک کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، میزان کلی و شدت علایم وسواس —اجبار را به میزان قابل ملاحظه‌ای (میزان بهبودی آزمودنی الف ۶۳٪، آزمودنی ب ۵۴٪ و آزمودنی پ۵۳٪) کاهش داده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط (Wahler, Winton, & Singh, 2004؛ (Adkin؛ (Schwartz, 2005)؛ (Carmody, Simpson, & Patel, 2007)؛ (Fair fax, 2008)، Grossman, (2009)؛ (Vøllestad, Sivertsen & HøstmarkNielse, 2011)، (Britton, 2012)، (Sajjadian , 2008 & Nashatdoust , Moulavi , Maroufi) و (Share & Firoozabadi , 2009) ، (MousaviMadani , 2011 & Atashpour , Moulavi)، هماهنگ می‌باشد. بنابراین به نظر می‌رسد این تکنیک یک روش کارآمد جهت درمان بیماری وسواس بوده و می‌تواند درمان مناسبی برای برخی از بیماران وسواسی باشد که به سایر درمان‌ها رایج پاسخ نمی‌دهند و یا با توجه به رفتاری بودن این روش برای مراجعانی که سطح تحصیلات پایینی داشته و قادر به ورود به درمان‌های شناختی نمی‌باشند به کار رود. همچنین با توجه به اینکه ۱۷٪ تا ۴۴٪ از بیماران درمانگاهی و حدود ۶۰٪ از بیماران در نمونه‌های جمعیت عمومی، رفتار وسواسی را گزارش نمی‌دهند (Ghasemzadeh Tavakoli, 2006 &) این روش مناسب است. از طرفی با عنایت به اینکه در این روش با محتوای افکار، چالشی صورت نمی‌گیرد در درمان آن دسته از بیماران که دارای وسواس فکری صرف بوده، کاربرد دارد. این یافته ها مؤید دیدگاه (Cardaciotto, 2005) می‌باشد که تغییر محتوای افکار، نگرش و ذهنیت بیمار نسبت به بیماری می تواند وسواس و علائم آن را تحت کنترل در آورد. همچنین (Rachman & Hodgson, 1980) خاطر نشان می‌کنند که روش درمانی مناسب برای بعضی از وسواس ها که دارای حالات هیجانی منفی و اضطراب نیستند ولی وقت گیرند، کاهش تدریجی زمان است که ذهن آگاهی نیز با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیر قضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خود کنترلی، خود تنظیمی و خود نظارتی بیمار بر رفتارهایش را افزوده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند (Sajjadian, 2008) .

نتیجه

به طور کلی می‌توان گفت دلیل اثربخشی روش ذهن آگاهی در مورد افراد مبتلا به اختلال وسواس– اجبار آن است که آموزش روش ذهن آگاهی منجر به تغییر در نگاه بیمار نسبت به افکار و اعمالش شده و از اصول تقویت شرطی، سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و به خاطر اینکه بیمار افکار وسواسی خود را آشکار شده نمی بیند لذا در عین آرامش وآگاهی ، به درمان انفرادی خود ادامه می‌دهد و موانع بهبود را در جلسات حضوری بر طرف می‌کند. در عین حال آموزش ذهن آگاهی به عنوان یک تکنیک می‌تواند باعث انفصال در درون فرد شده و آگاهی سطح بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و شرایط محیطی به وجود آورده و به همین دلیل این شیوه درمانی قادر است به افراد کمک نماید تا در موقعیت‌های مختلف و به خصوص زمانی که حملات وسواسی به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص فرد را تحت فشار قرار می‌دهند. ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به واسطه‌ی تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرار شونده ایجاد نمایند.

از آنجایی که ماهیت اختلالات اضطرابی آینده سو می‌باشد، آموزش ذهن آگاهی به ما اجازه می‌دهد در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. ذهن آگاهی برای بیداری لحظه به لحظه وقایع پیرامون و درون ماست و برای تشخیص این که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست. کسانی که اضطراب دارند نگرانی از مشکلات آینده باعث ایجاد ترس و دلشوره در آنها می‌شود. اگر در زمان حال باشیم و بیشتر فعالیت ذهنی مان معطوف زندگی روزانه شود، این عمل مانع از سرگردانی ذهن به نگرانی های آینده یا نشخوار ذهنی مربوط به گذشته می شود.

Referenses

Aliloo M. (2006). Concerns the relation between subsets of checking and cleaning of obsessive-compulsive disorder. Journal of Contemporary Psychology. Vol. 1 : 3-10. (In Persian)

Cardaciotto L A. (2005). Assessing mindfulness: The development of a bidmensional measure of awareness and acceptance. Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.

Divison, K., Johnson, N. (2009). Psychopathology. Edited by Shamsipour, H. Tehran : Arjmand Publication . (In Persian)

Fair fax H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. The Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy, 15(1), (53).

Firouzabadi, A., Shareh, H. (2009). Effectiveness of Detached Mindfulness Techniques in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder. Advances in Cognitive Science. Vol. 11(2) : 1-7. (In Persian)

Ghasemipour, Y., Ghorbani N. (2010). Mindfulness and Basic Psychological Needs among Patients with Coronary Heart Disease., Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol. 16(2) : 154 -162. (In Persian)

Hamidpour, H. (2007). The efficiency and effectiveness of cognitive therapy in the treatment of a broad-based awareness and prevention of recurrences dysthymic. Journal of Mental Health., Vol. 2 : 25-36. . (In Persian)

Hanstede M, Gidron Y, Nyklicek I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in non-clinical student population. The Journal of nervous and mental disease. 196(10).

Kaplan, H., Sadock, B. (2004). Summary of psychiatry and behavioral sciences. Edited by Rafei, H., Sobhaniyan, Kh. Tehran. Arjmand Publication. (In Persian)

Mahin, H. (2001). Syndrome, obsessive relationship - incontinence with anxiety, depression and break polymorphism. Thesis for Ph.D degree. Tehran. Tehran University. (In Persian)

Mousavi madani, N., Atashpour, H., Molavi, H. (2011). The effects of mindfulness training on symptoms of obsessive compulsive disorder in women of Isfahan. Journal of New Findings in Psychology., Vol. 2 : 55-69. (In Persian)

Patel SR, Carmody J,Simpson HB.(2007). Adapting mindfulness- based stress reduction for the treatment of obsessive- compulsive disorder: A case report. The Journal of Cognitive and Behavioral practice 14(4): 375-380.

Saboori, Sh. (2001). Obsession and psychological therapies. Meshhad. Meshhad University of Medical Sciences Publication . (In Persian)

Sahebi, A. (2003). Research Methods in Psychology. Tehran. Besat Publication. . (In Persian)

Sajadiyan, A., Neshatdoost, H., Molavi, H., Maroufi, M. (2008). The effects of mindfulness training on symptoms of obsessive compulsive disorder in women of Isfahan. Journal of Psychology Studies., Vol. 1 : 127-141. (In Persian)

Schwartz, j. (2004). The use of mindfulness in the treatment of obsessive compulsive Disorder (OCD).Summery of Brain lock (1996). West wood Institute for Anxiety Disorders, Los Angeles, California, USA. From http://www.hope4ocd.com .

Segal Z.V , Williams J.M.G, Teasdale J.D.(2003) Mindfulness-based cognitive therapy for depression : a new approach to preventing relapse.New York : Guilford Press.

Stress :Results froma Randomized. The Journal of BehaviorTherapy43(2012)365–380.

Tavakoli, S., Ghasemzadeh, H. (2006). Theories and treatment of cognitive - behavioral obsession. Journal of Cognitive Sciences., Vol. 1 : 54-76. (In Persian)

Vøllestad J, Sivertsen B, HøstmarkNielsen G. (2011) . Mindfulness - based stress reduction for patients with anxiety disorders : Evaluation in a randomized controlled trial. The Journal of Behaviour Research and Therapy 49(2011)281e288.

WilloughbyB. Britton, BenShahar, OhadSzepsenwol , W.JakeJacobs. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Controlled Trial Reactivity to Social